

距离瘻口最近处另放置引流管(以黎氏引流管为佳),既有利于瘻口自行愈合,又可将瘻口与大的感染创口分割开,避免相互影响。

SAP术后继发感染或残余感染是临床中较为常见的外科问题,其处理并不十分困难,关键在于没有得到外科医师真正重视,以致一拖再拖,使感染病灶向周围组织扩展,甚至累及邻近器官、导致严重并发症。因此,外科医师应适时地把握好SAP术后感染再次手术的时机,再手术宜早,术式宜个体化,灵活运用,简捷实效。

4 参考文献

- 1 孙备,姜洪池,许军,朴大勋,赵金朋.重症急性胰腺炎手术治疗的经验.中华肝胆外科杂志 2001;7:536-539
- 2 封光华,夏金声,徐铨.坏死性胰腺炎再手术的探讨.中国普通外科杂志 1997;16:101-102
- 3 姜洪池,孙备,张伟辉,许军,乔海泉,赵金鹏.重症急性胰腺炎手术时机及手术指征的探讨(附172例报告).中华肝胆外科杂志 2000;6:127-128
- 4 严律南,刘续宝.急性胰腺炎继发感染的再次手术.现代手术学杂志 1998;3:6-7
- 5 袁祖荣,张圣道.急性坏死性胰腺炎术后残余感染的处理.中国普通外科基础与临床杂志 1998;5:360

编辑 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2005 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

原发性肝癌自发破裂的诊治 16 例

熊肇明,蒋逊,贺健,张逊,叶世会

熊肇明,蒋逊,贺健,张逊,叶世会,同济大学附属第十人民医院普外科
上海市 200072

通讯作者:熊肇明,200072,上海市闸北区延长中路301号,同济大学附属
第十人民医院普外科. xiongzhaoming@citiz.net

电话:021-66300588-3650 传真:021-56657557

收稿日期:2004-12-10 接受日期:2004-12-21

摘要

目的: 探讨原发性肝癌自发破裂的诊治。

方法: 回顾性总结了1986-05/2004-08收治的原发性肝癌自发破裂16例临床资料。

结果: 6例保守治疗,10例手术治疗。保守治疗患者5例在1 mo内死亡,1例存活3 mo;手术治疗患者9例为单个癌灶,平均直径8.16 cm,1例为两个癌灶,直径分别为7 cm、2 cm,且为原发性肝细胞癌并横纹肌肉瘤,2例误诊为急性阑尾炎,1例误诊为消化道穿孔。10例手术治疗者中位生存期10 mo,最长已5 a,仍存活,2例已8 mo,仍健在。

结论: 急腹症患者应行腹腔穿刺、急诊B超或CT等,对肝脏有多发肿瘤,应考虑有同时性多原发癌可能,对原发性肝癌自发破裂若有切除可能均以手术切除为宜。

熊肇明,蒋逊,贺健,张逊,叶世会.原发性肝癌自发破裂的诊治16例.世界
华人消化杂志 2005;13(8):1040-1041

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/1040.asp>

0 引言

自发性破裂是肝癌严重并发症之一,其发生率为2.5-

20%^[1-2]。由于本病发病突然、急剧,且常伴休克,故其治疗困难,预后较差。现就我院1986-05/2004-08诊治原发性肝癌自发破裂进行回顾性分析

1 材料和方法

1.1 材料 1986-05/2004-08诊治的原发性肝癌自发破裂16例病例。

1.2 方法 对16例原发性肝癌自发破裂的临床资料进行总结分析。

2 结果

本组16例,男15例、女1例,平均年龄55.3岁。6例保守治疗,男5例,女1例,平均年龄64岁;10例手术切除,均为男性,年龄36-72岁,平均年龄50.9岁。9例为急腹症入院,均为单发,直径3.5-15 cm,平均8.16 cm,中位直径6 cm,1例腹部平片提示左膈下可疑游离气体,误诊为“消化道穿孔”,2例误诊为“急性阑尾炎”,余6例均为出血性休克。另外1例为术中发现2个肿瘤,一处破裂直径7 cm,另一处包膜完整,直径2 cm,术后病理示:肝横纹肌肉瘤、肝细胞性肝癌。所有患者均为HBsAg(+),术中出血量1 000-4 000 mL,平均出血2 700 mL。有2例手术死亡,余8例生存2-61 mo,平均16.5 mo,中位生存期10 mo。2例因腹腔种植转移再次手术切除,生存均在3 a以上,其中1例已5 a,仍存活,另有2例已8 mo,仍健在。

3 讨论

3.1 肝癌破裂的发生机制 肝癌破裂多见于结节型及块状型肝癌, 尤其合并有肝硬化者, 弥漫型肝癌少见. 本组9例手术患者均为块状型, 肿瘤直径平均8.16 cm, 1例为同时性多原发癌. 其破裂发生主要是肿瘤快速生长造成瘤体缺血坏死和液化并可继发感染, 肿瘤在发展中还可侵犯周围血管及形成癌栓堵塞肝静脉造成输出道梗阻等, 都可使瘤体内的压力急剧增高导致结节自发破裂, 或者受外力作用, 甚至腹内压改变均可发生破裂出血. 发生破裂出血的癌结节多位于肝脏表面的外生性结节, 不完全取决于肿瘤的大小. 本组有3例癌结节直径小于5 cm发生自发破裂, 但有报道^[3]破裂组的肿瘤直径显著大于非破裂组(中位直径10.5 cm vs 6.0 cm, $P<0.05$). 朱立新 *et al*^[3]通过试验认为乙肝病毒感染所造成的抗原抗体复合物沉积及小动脉炎的损伤可能与肝癌自发性破裂的病因有关. 其抗原抗体复合物沉积的原因尚有待于进一步研究.

3.2 肝癌破裂的诊断 大多数肝癌破裂患者急诊就诊时就出现腹痛、休克表现, 经腹壁穿刺、急诊B超、CT检查常可确诊. 但由于肝破裂出血可沿横结肠与升结肠旁沟流至右下腹, 再沿小肠系膜根部扩散及全腹, 同时出现转移性右下腹痛, 临床易误诊为急性阑尾炎. 又肿瘤坏死液化感染而破溃, 尤以产气杆菌感染破溃可出现膈下游离气体而误诊为消化道穿孔. 本组有2例误诊为“急性阑尾炎”, 1例为“消化道溃疡穿孔”, 究其原因可能与患者就诊时尚未出现休克, 接诊医生考虑不周未做进一步检查有关. 因此, 对急腹症患者进行腹腔穿刺、急诊B超、CT检查实属必要. 另外, 对B超及CT提示肝脏多发占位病变的患者不要误以为是肝癌肝内转移, 要考虑有同时性多原发癌的可能. 本组有1例为肝脏多原发恶性肿瘤, 提示今后临床应引起重视.

3.3 肝癌破裂的治疗 传统观点认为, 肝癌破裂腹腔出血

有癌细胞腹腔种植播散倾向, 属肝癌晚期表现, 加上患者常合并出血休克, 情况比较紧急但不一定有肝外科医生一起参加, 临床往往采用姑息性治疗措施, 如出血处缝扎或纱布压迫止血等. 但姑息性治疗预后较差^[1]. 近年来亦有肝动脉化疗栓塞(TACE)治疗的报道^[4-6], 但肝动脉化疗栓塞对明显外生长型肝癌疗效很有限, 他尚有诱发肿瘤缺血坏死再出血的可能^[5]. 即使肝动脉化疗栓塞使破裂的肝癌达到止血的目的, 可残留在腹腔之大量血液是否会引引起相应并发症, 未见报道, 尚须进一步探讨. 我们认为对单个肝癌破裂无论是小肝癌还是大肝癌均应手术切除, 若多个肝癌如局限在一段、一叶、左半或右半肝, 应首选手术切除. 术中除吸除腹腔内积血外, 若用42℃左右蒸馏水浸泡腹腔15 min以上, 还可减少腹腔种植转移机会. 确无切除可能, 肝动脉化疗栓塞是一种控制出血延长生命的较好方法.

3.4 肝癌破裂的预后 从本组病例来看, 保守治疗6例, 5例在1 mo内死亡, 仅1例存活3 mo, 而10例手术切除患者中位生存期10 mo, 有2例因腹腔种植转移再次手术切除, 生存均在3 a以上, 其中1例已5 a, 仍存活. 因此若能手术切除可为今后再次治疗(如肝动脉化疗栓塞、复发癌手术切除等)打下基础, 以达到延长患者生存期之目的.

4 参考文献

- 1 郑起, 阎均. 肝癌破裂出血急诊治疗策略. 肿瘤 2003;23:414-416
- 2 汤钊猷, 余业勤. 原发性肝癌. 第二版. 上海: 上海科学技术出版社, 1999:334
- 3 朱立新, 耿小平, 范上达. 肝癌自发性破裂与抗原抗体复合物的血管沉积. 中华肝胆外科杂志 2001;7:647-676
- 4 王颖勃, 徐忠立. 原发性肝癌自发性破裂出血. 肝胆外科杂志 2002;10:36-38
- 5 张将, 王素珍. 原发性肝癌破裂出血栓塞治疗6例. 华人消化杂志 1998;3:262
- 6 王海波, 王天玉, 刘一强, 王霞, 刘俊忠. 肝动脉化疗栓塞术治疗肝癌破裂出血. 中国微创外科杂志 2004;4:324-325

编辑 张海宁